

ANNÉE 1942

N°

THESE

194

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Anne-Marie LEMIERRE-BRUSSAUX

Ancienne externe des Hôpitaux

Née le 9 Novembre 1914, à Pornichet (Loire-Inférieure)

- 1 JUL 1942

**Contribution à l'Étude
des Formes pseudo-grippales
de la Spirochétose de Inada et Ido**

Président : M. CATHALA, Professeur

J. PEYRONNET & Cie, ÉDITEURS

7, Rue de Valois, PARIS-1^{er}

1942

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Anne-Marie LEMIERRE-BRUSSAUX

Ancienne externe des Hôpitaux

Née le 9 Novembre 1914, à Pornichet (Loire-Inférieure)

**Contribution à l'Étude
des Formes pseudo-grippales
de la Spirochétose de Inada et Ido**

Président : M. CATHALA, Professeur

J. PEYRONNET & Cie, ÉDITEURS

7, Rue de Valois, PARIS-1^{er}

1942



I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GASTINEL.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	N....
Anatomie pathologique	QUÉNU.
Histologie	LEROUX
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	AUBERTIN.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DUVOIR.
Pathologie expérimentale et comparée	LÉVY-VALENSI.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Henri BENARD.
	CHIRAY
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT
	HARVIER.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N....
	DOGNON.
	GIROUD.
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.
DE GENNES	Pathologie médicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LÉVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
JAYLE	Chimie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PIÉDELÈVRE	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
BRULÉ	
CHABROL	
CHEVALLIER	
LAROCHE (G.)	
LIAN	
MOREAU	} Clinique Chirurgicale.
SÉZARY	
BASSET	
GATELLIER	
de GAUDART d'ALLAINES	
MOULONGUET	
MOURE	} Clinique obstétricale.
ECALLE	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur CATHALA

*Professeur d'Hygiène et Clinique
de la Première Enfance*

Que je tiens à remercier du
grand honneur qu'il m'a fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.

A mon beau-père

Monsieur le Professeur A. LEMIERRE

*Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses
Membre de l'Académie de Médecine*

Qui sera toujours mon maître
préféré.

En témoignage de mon affec-
tion profonde.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Stages hospitaliers :

M. le Professeur SERGENT

M. le Professeur OMBREDANNE

M. le Professeur HARVIER

M. le Professeur CADENAT

Externat :

M. le Professeur CUNÉO

M. le Professeur LEMIERRE

M. le Professeur AUBERTIN

M. le Docteur BASCH (*in memoriam*)

M. le Professeur agrégé MARCHAL

M. le Professeur agrégé SENÈQUE

A Monsieur le Docteur A. LAPORTE

A Monsieur le Docteur J. REILLY

Je tiens à les remercier particulièrement de l'accueil bienveillant et des conseils amicaux que j'ai toujours trouvé auprès d'eux.

PREAMBULE

La forme classique de la Spirochétose ictérique est trop bien connue pour que nous y insistions; nous ne ferons que passer en revue rapidement ses principales manifestations.

On lui décrit une phase préictérique, une phase ictérique, une phase de convalescence.

La phase préictérique est caractérisée par la brutalité extrême du début, avec des frissons, une fièvre élevée, d'emblée à 40°, des phénomènes douloureux, myalgies, arthralgies, d'une intensité très particulière à la maladie; en outre, on voit apparaître : de l'herpès, une rougeur des conjonctives, un syndrome méningé plus ou moins marqué, une azotémie préictérique parfois importante. Il peut y avoir une ou plusieurs épistaxis. Dans les urines on trouve de l'urobiline. La durée de cette phase préictérique est de trois à dix jours.

Puis survient l'ictère, qui est le symptôme majeur de la deuxième phase. C'est lui qui, pour les observateurs peu prévenus, va éclairer le diagnostic. Tous les autres symptômes de la phase préictérique continuent à évoluer, le syndrome méningé s'intensifie, l'azotémie

augmente, les urines deviennent franchement ictériques contenant pigments et sels biliaires.

Enfin la dernière phase de la maladie est annoncée par la rechute thermique. La courbe fébrile qui s'était progressivement abaissée à 37° ou au-dessous, va remonter brusquement, parfois même à 40°. Mais il n'y a que rechute thermique : l'ictère va, au contraire, s'atténuer progressivement, l'azotémie baisser, de même les autres symptômes vont s'estomper rapidement. La rechute peut durer un temps variable, vingt-quatre heures ou plusieurs jours, et la guérison ne sera acquise qu'au retour de la température à la normale. Il peut parfois y avoir plusieurs rechutes successives. Toujours, le malade restera longtemps fatigué et anémié.

Si le pronostic de la spirochétose ictérigène reste dans la majorité des cas, favorable, on peut pourtant voir la mort survenir par azotémie, le rein ne pouvant éliminer à temps l'urée accumulée dans l'organisme. Les hémorragies qui grèvent lourdement la maladie au Japon, où la mort dans l'ictère grave est fréquente, sont rares en France où elles se réduisent à quelques épistaxis ou à un peu de purpura localisé.

Tel est l'aspect classique de la spirôchétose ictérigène, aspect qui correspond aux descriptions anciennes de Landouzy, Lancereaux, Albert Mathieu, Weil, Widal et Abrami. C'est la forme décrite par les Japonais et dans laquelle Inada et Ido ont isolé le spirochète en 1914.

On voit quelle est la richesse symptomatologique

de cette maladie. Deux symptômes en dominent le tableau : la fièvre, l'ictère. Mais il en est d'autres dont l'importance pour le diagnostic est capitale : la brutalité du début, l'intensité des phénomènes généraux et des douleurs musculaires, la rougeur des conjonctives, l'herpès, le syndrome méningé, auxquels s'ajoutent l'urobilinurie et l'azotémie.

Comme toutes les maladies infectieuses, la spirochétose ictérogène peut se présenter sous un aspect atypique. L'ictère, symptôme majeur, peut faire défaut, de même que l'exanthème dans la scarlatine. On parle alors de formes anictériques de la spirochétose.

Ces formes évoluent sous le masque de la phase préictérique de la maladie, amputée de sa phase ictérique que l'on attend en vain. Il est des cas où l'on constate chez le malade, la présence de tous les symptômes sauf l'ictère. Il est des cas où la symptomatologie est beaucoup plus fruste. Suivant les sujets, on peut constater la prédominance de tel ou tel symptôme.

Aussi a-t-on décrit parmi les formes anictériques de la spirochétose :

- une forme méningée,
- une forme rénale,
- une forme fébrile pure ou pseudo-grippale.

C'est à cette dernière que nous désirons consacrer ce travail; nous en rapportons ici quelques observations inédites. Nous ferons observer tout de suite

qu'entre cette forme pseudo-grippale et les formes rénales et méningées, il existe tous les intermédiaires; de même qu'il existe des cas de transition entre la spirochétose ictérigène et les spirochétozes anictériques.

HISTORIQUE

L'idée n'est pas nouvelle qu'il existe une maladie infectieuse spécifique, se traduisant dans le même milieu épidémique, tantôt par un ictère fébrile, tantôt par un état fébrile sans ictère. Au cours des épidémies de la Maison Centrale de Gaillon (Carville) 1859, de la garnison de Civitta-Vecchia (Fritsch) 1861, de la garnison de Saint-Cloud (Worms) 1865, de la Caserne Lourcine (Laveran père) 1865, de la citadelle d'Arras (Rizet) 1867, on a noté que, si chez tous les sujets atteints, l'affection a été caractérisée par un début extrêmement brutal, par de la fièvre avec état typhoïde, par des courbatures et des myalgies intenses, les uns, dont la proportion a pu aller jusqu'à la moitié des cas observés, ont fini par guérir sans qu'aucun ictère ne se soit montré, tandis que chez les autres, un ictère a fait son apparition au bout de quelques jours. Parmi ces derniers, certains ont même présenté des épistaxis et du purpura. Enfin quelques-unes de ces formes ictériques se sont terminées par la mort.

Malgré les dissemblances existant entre ces deux ordres de cas, les auteurs qui les ont relatés n'ont pas

mis en doute qu'il ne se soit agi d'une seule et même maladie, se présentant sous deux aspects différents. Ce que nous savons aujourd'hui nous oblige à reconnaître qu'ils ont vu juste et que les épidémies, dont ils nous ont rapporté l'histoire, ont été, selon toute vraisemblance, des épidémies de Spirochétose de Inada et Ido, marquées par la coexistence de formes ictériques et de formes anictériques.

Il est intéressant de rapprocher ces épidémies du x/x^e siècle, de celle qui a régné dans les armées au cours de la guerre de 1914-1918. Dès que fut connue la découverte de Inada et Ido, les observateurs ont pu diagnostiquer et étudier parfaitement la forme classique de la spirochétose ictéro-hémorragique; ils ont été amenés à voir qu'à côté des formes ictériques, il existait des affections fébriles qui, par certaines particularités de leur symptomatologie, faisaient penser à des spirochètoses où l'ictère aurait fait défaut. Ils ont pu prouver par la recherche du spirochète et l'étude des tests humoraux, qu'il s'agissait bien de la même maladie.

Ainsi, dès cette époque, on a pu se rendre compte que les spirochètoses anictériques occupaient une place non négligeable parmi les cas de spirochétose observés. Garnier et Reilly, auxquels on doit des études si importantes sur la spirochétose d'Inada et Ido et dont l'expérience acquise pendant la guerre de 1914-1918 est considérable, ont écrit en 1922 dans le Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique : « Dans certaines observations que l'étude expérimentale a per-

mis de rattacher avec certitude à la spirochétose icté-
rigène, l'ictère fait totalement défaut à toutes les pé-
riodes de la maladie. Leur fréquence ne semble pas très
grande, Stokes, Ryle et Tyller l'évaluent à 40 % des
cas; mais ce chiffre nous paraît beaucoup trop élevé ».

Par la suite, l'intérêt qui s'était tout d'abord atta-
ché à la forme classique de la spirochétose avec ictère,
s'est ralenti, le sujet ayant été peu à peu épuisé; il s'est
alors reporté sur les formes anictériques. Dès qu'il s'est
concentré sur elles et qu'on s'est habitué à penser à leur
existence, elles sont apparues comme de plus en plus
fréquentes.

Dès lors, on voit toute une série d'auteurs relater
des observations de formes fébriles pures ou pseudo-
grippales de la spirochétose. Après les observations de
M. Bloch et P. Hébert publiées en 1917, citons celles
de Pr. Merklen et H. Gounnelle (1933), J. Dévé
(1934), A. Lemierre et R. Laplane (1934), J. Troi-
sier, M. Bariéty et Cl. Macrez (1935), A. Cain, R.
Cattan et A. Bensaude (1935), J. Caroli (1935), R.
Kourilsky et H. Mamou (1935), Julien Marie (1936).

ETIOLOGIE

La connaissance de l'étiologie dans la spirochétose est d'une importance majeure pour son diagnostic. Cette notion, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement, oriente parfois à elle seule les recherches et les examens de laboratoire.

En effet, dans la majorité des observations, c'est une origine fluviale qui est retrouvée, rivière, piscine, étang, les malades ayant l'habitude de prendre des bains fréquents. Le contact infectant avec l'eau contaminée peut être plus ou moins prolongé. Parfois très court, c'est le cas de notre observation V, où la notion d'une simple chute accidentelle dans la Seine, a fait penser qu'il s'agissait d'une spirochétose; à l'opposé, il peut être très long comme dans l'observation de Duvé : c'est parce qu'il s'agissait d'un mousse qui travaillait pieds nus sur le pont, souillé de vase et d'eau, d'une drague en action sur la Seine, que l'hypothèse d'une spirochétose a été immédiatement soulevée.

Dans la plupart des cas, ce sont des sujets qui tombent malades pendant les vacances d'été ou à leur retour. C'est pourquoi R. Kourilsky et H. Mamou « at-

tirent l'attention sur les grippez d'été, trop facilement étiquetées ainsi, malgré l'absence de toute rhino-pharyngite ou trachéo-bronchite vraie, alors qu'elles doivent suggérer le diagnostic de spirochétose fruste ».

D'autres fois c'est la profession du malade qui est le fait étiologique dominant : mousse, dans l'observation de J. Dévé, professeur de natation, dans l'observation de J. Caroli.

Mais l'origine fluviale n'est pas toujours en cause. Le rat, qui, comme l'a dit Uhlenhuth, est « le porteur international du spirochète » est un hôte assidu des abattoirs en particulier. C'est ainsi qu'en 1941, on a pu voir se développer aux Abattoirs de la Villette une petite épidémie de spirochétose dans laquelle, comme dans toutes les épidémies, il y avait des formes anictériques à côté de formes ictériques. Cinq cas, au moins, ont été observés : deux par M. Brûlé, spirochétose ictériques en ville, spirochétose anictérique à forme méningée à l'hôpital Tenon; deux par A. Lemierre à l'hôpital Claude-Bernard, spirochétose ictérique d'une part, spirochétose anictérique à forme pseudo-grippale d'autre part (Obs. VI); enfin une autre spirochétose anictérique pseudo-grippale a été traitée par le docteur Sorin, qui constitue notre cas n° VII. Dans tous ces cas, la profession du malade et surtout la connaissance de l'épidémie ont orienté le diagnostic vers la spirochétose.

SYMPTOMATOLOGIE DE LA FORME PSEUDO-GRIPPALÉ

La symptomatologie de la forme pseudo-grippale a été fort bien résumée par M. Garnier et J. Reilly : « le début de la maladie », disent-ils, « est marqué par les phénomènes habituels : fièvre élevée, myalgies, courbature généralisée, rougeur de la conjonctive. Puis après six à sept jours, l'état du malade s'améliore. La peau ne présente aucune coloration anormale; même les conjonctives ne sont pas teintées; cependant l'urine donne souvent la réaction des sels biliaires; elle contient de l'urobiline en excès et parfois même une trace de pigments biliaires. Après une période d'apyrexie, une légère recrudescence fébrile apparaît, puis la convalescence s'établit rapidement ».

Nous allons maintenant analyser un à un les principaux symptômes de cette forme pseudo-grippale.

Il faut insister d'emblée sur la soudaineté et la brutalité du *mode de début*. C'est en général, en pleine santé apparente, sans prodromes, que la maladie s'annonce par un ou plusieurs frissons intenses, frissons rappelant le début brutal des formes nerveuses de l'influenza, fris-

sons rapidement accompagnés par tous les symptômes du début, malaises, nausées ou vomissements, céphalée, courbatures généralisées. Si la température a pu être prise dès ce moment, on voit en général qu'elle est très élevée, aux environs de 40°. Cette élévation de la température est particulièrement nette dans nos observations IV et V.

La fièvre étant le symptôme constant et dominant de toutes les formes de la spirochétose, il est intéressant d'étudier la courbe thermique dont l'aspect, dans la forme pseudo-grippale, peut être semblable à celui de la forme classique.

En effet, la température, après un plateau, souvent plus court que dans la forme ictérique, entre 39° et 40°, pendant six à dix jours, tombe en lysis pour atteindre 37° vers le quinzième jour de la maladie. Après une période d'apyrexie assez courte, on voit survenir une *rechute thermique* à 38°-38° 5, ne s'accompagnant dans la règle d'aucun autre phénomène. Nous trouvons cette rechute thermique dans l'observation de J. Dévé et dans nos observations I, IV et VII. Parfois il y a plusieurs rechutes, et c'est le cas d'une observation de Pr. Merklen et H. Gounnelle où il y en a deux, au vingt-troisième et au quarante-troisième jour, et de notre observation III où il y a également deux rechutes, une au dix-huitième, l'autre au vingt-cinquième jour.

A l'opposé, et ceci semble remarquablement fréquent dans les formes pseudo-grippales, la rechute ther-

mique ne se produit pas. En effet, dans toutes les autres observations citées et dans trois des nôtres, il n'y a pas eu de rechutes; l'apyrexie est restée définitive.

D'autres phénomènes, particuliers à la spirochétose, viennent rapidement compléter le tableau clinique.

Les *myalgies* et les *arthralgies* sont notées dès les premières heures. Elles siègent dans la région lombaire et surtout aux membres inférieurs, les mollets étant le point d'élection de ces myalgies. Leur intensité est assez variable. Dans la majorité des cas, elles sont très violentes; si violentes que l'on a pu parfois parler de formes myalgiques. Ce sont les cas de Bloch et Hébert dans lesquels les malades furent envoyés à l'hôpital pour méningite aiguë, tant la violence des myalgies immobilisait leurs sujets. Dans l'observation de Duvé, ce sont les myalgies qui furent le premier symptôme de la maladie et qui orientèrent immédiatement le diagnostic vers la spirochétose.

L'injection des conjonctives est un symptôme que l'on retrouve dans toutes les observations. Plus ou moins discrète, il faut généralement la rechercher; dans l'observation de Troisier, Bariéty et Macrez, elle était au contraire si marquée qu'elle « tranchait sur le faciès blafard ». Dans un cas de Cain, Cattan et Bensaude, qui traite d'un arriéré mental, c'est la constatation d'une injection conjonctivale avec splénomégalie qui a permis le diagnostic, chez un malade arrivé apyrétique à l'hôpital.

L'herpès, commissural ou narinaire, bien que d'une

valeur capitale, est beaucoup moins constant. Nous ne le retrouvons que dans trois cas; ce sont ceux de A. Lermierre et R. Paplane, de Julien Marie, et notre observation VI. Cet herpès, souvent réduit à une ou deux vésicules, n'a peut-être pas été noté dans toutes les observations.

On constate dans certaines observations, l'existence d'un *syndrome méningé* fruste. Si la céphalée intense est à peu près constante, on voit plus rarement une raideur de la nuque avec un signe de Kernig; c'est le fait d'un malade de Merklen et Gounnelle, de Kourilsky et Mamou, et de nos observations VI et VII. Ce fait intéressant établit le passage entre la forme pseudo-grippale et la spirochétose méningée anictérique.

Nous en rapprocherons le cas de notre troisième malade. Dès le début, il a présenté de l'abattement, du délire, de l'agitation, rappelant jusqu'à un certain point les cas décrits sous le nom de forme mentale de la spirochétose.

Un symptôme est constant : c'est l'*urobilinurie*, signant l'atteinte hépatique. Plus rarement on notera la présence dans les urines de pigments et même de sels biliaires. Chez certains malades, on trouvera un léger subictère conjonctival (Obs. II) parfois même étendu aux téguments comme les malades de Cain, Cattan et Bensaude, et de Kourilsky et Mamou. C'est ainsi que s'établit le passage avec la forme ictérique classique.

Parallèlement à l'atteinte hépatique, l'atteinte rénale est presque aussi fréquente. Si parfois, on peut voir une

légère *albuminurie* (Dévé, Merklen et Gounnelle, Kourilsky et Mamou), l'*azotémie* est beaucoup plus fréquente. Généralement peu élevée : aux environs de C gr. 60, elle peut être importante :

1 gr. 24 (Merklen et Gounnelle),

1 gr. (Cain, Cattan et Bensaude),

1 gr. 07 (Caroli),

1 gr. 05 (Obs. I),

1 gr. 45 (Obs. III) ,

ce qui a pu faire parler de forme azotémique ou d'azotémie fébrile spirochétosique établissant la transition avec les formes rénales proprement dites. L'azotémie est en général précoce, trouvée dès l'entrée des malades à l'hôpital, sa chute précède, accompagne ou suit, la défervescence de la fièvre. Elle ne s'élève pas à nouveau au moment de la rechute thermique. Elle n'a fait défaut que dans le cas de l'observation V où il n'y a eu ni albuminurie, ni azotémie, le taux de l'urée sanguine n'ayant pas dépassé 0 gr. 35.

Pendant la maladie, l'oligurie est relative : 500 cc. à 750 cc. Une crise polyurique précède ou accompagne la défervescence; une nouvelle crise polyurique ouvre l'ère de la convalescence.

Un symptôme assez rare, est pourtant intéressant à noter : ce sont les *Erythèmes scarlatiniformes*. Ils existent dans trois de nos observations. Léger dans l'observation I, il est si intense dans les observations II et III que l'on considéra tout d'abord les malades comme atteints de scarlatine. Nous rappellerons à ce sujet l'ob-

servation de M. Garnier et J. Reilly qui rapportent en 1919 le cas d'un malade envoyé pour scarlatine à l'hôpital Claude-Bernard. Chez leur malade, il existait un véritable rash scarlatiniforme précédant l'ictère. Commentant cette observation, ils disent : « La présence d'accidents cutanés au cours de la spirochétose est loin d'être exceptionnelle et à différentes reprises nous avons signalé l'apparition pendant la première période fébrile de placards érythémateux... Il semble pourtant qu'on ne peut considérer cet érythème comme une manifestation de l'infection spirochétosique et qu'il représente un véritable rash préictérique ».

On peut se demander devant l'existence de ces érythèmes, si la teinte si particulière, rouge orangée, « grenade mûre », de l'ictère de la spirochétose classique, ne serait pas dûe à l'apparition d'un érythème fruste mais généralisé sous l'ictère.

La convalescence de ces formes pseudo-grippales, parfois rapide (Dévé) est, dans la règle, longue. Le malade a beaucoup maigri : six kilogrammes en huit jours dans le cas de A. Lemierre et R. Laplane pour une infection pourtant bénigne. Il est en général anémié; l'asthénie et l'anémie sont très longues à disparaître, un ou deux mois, rappelant ce que l'on voit dans la spirochétose ictérigène.

En résumé, la forme pseudo-grippale peut réaliser un type absolument pur. Tel a été le cas du malade de l'observation V. Le jeune homme, après une chute accidentelle dans la Seine, a eu de la fièvre, de la cépha-

lée et des courbatures. Aucun des autres symptômes n'a été retrouvé, en particulier, ni injection des conjonctives, ni urobilinurie, ni azotémie. Son évolution a été remarquablement courte et sans rechute. Sans la connaissance de la chute dans la Seine, les examens de laboratoire, qui furent positifs, n'auraient pas été pratiqués et l'on aurait conclu à une grippe banale. Ce cas est peut-être le seul, parmi tous ceux qui ont été rapportés, qui mérite le nom de forme fébrile pure de la spirochétose, proposé par M. le Professeur Troisier, pour désigner les faits que nous étudions aujourd'hui.

Le plus souvent, on est en présence d'un type un peu plus complexe caractérisé par une série de symptômes et de troubles humoraux qui se retrouvent dans la forme classique de la spirochétose d'Inada et Ido. L'exemple dans lequel le maximum de symptômes se trouvent réunis nous semble être le malade de notre observation III.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic repose essentiellement sur le tableau clinique et l'analyse des symptômes. Nous répéterons l'importance capitale des principaux d'entre eux : brutalité du début, courbatures, myalgies, céphalée, injection des conjonctives, herpès, urobilinurie, azotémie, rechute thermique possible; tous symptômes dont l'ensemble associé à une notion étiologique particulière doit faire porter avec une quasi-certitude le diagnostic.

Mais c'est avant tout la notion étiologique qui domine. Savoir qu'un fébrile a pris des bains de piscine ou de rivière ou qu'il travaille dans un endroit infesté de rats (abattoirs, cuisines, laveries, etc.), cette idée seule doit orienter les recherches vers une spirochétose. C'est bien le cas de notre observation V. La connaissance d'une épidémie doit faire d'emblée soupçonner la spirochétose chez un malade qui a été en contact avec le foyer d'épidémie.

Le diagnostic clinique est parfois rendu plus difficile par l'existence de symptômes anormaux. Ainsi les érythèmes scarlatiniformes peuvent, par leur intensité, masquer l'origine spirochétosique de la maladie que

l'ictère ne vient pas éclairer. Le début particulièrement brutal peut faire penser à une grippe à forme nerveuse, mais l'évolution de cette dernière n'excède pas trois à quatre jours. Enfin il ne faut pas oublier que, en dehors de toute épidémie, ou même en hiver, il peut exister des cas sporadiques de spirochétose.

On demandera toujours aux examens de laboratoire de confirmer le diagnostic clinique. Jusqu'au sixième jour de l'affection, on peut pratiquer l'inoculation du sang du malade dans le péritoine du cobaye. Positive, elle tuera l'animal en neuf jours environ, et à son autopsie on trouvera des lésions typiques : ictère, poumons rouges et ecchymotiques; les lobules hépatiques présentent des lésions variables pouvant aller jusqu'à la dégénérescence avec nécrose. On trouve des spirochètes surtout dans le foie, les reins, le cœur. Mais la plupart du temps, le malade est vu trop tard pour que l'on puisse espérer obtenir un résultat positif. L'inoculation n'a été positive que dans quatre cas : Bloch et Hébert au cinquième jour, Dévé au troisième, Kourilsky et Mamou au sixième, notre observation V au deuxième.

Plus tard du septième au dix-neuvième jour, la recherche du spirochète peut se faire dans les urines, soit par inoculations répétées sous la peau ou dans le péritoine du cobaye, soit par examen direct du culot de centrifugation. On l'examinera à l'état frais à l'ultramicroscope ou après coloration (Laveran, Tribondeau, Giemsa). Il se présente sous la forme d'un filament assez trapu, rigide; « il ressemble », disent Martin et

Pettit, « à un ressort à boudin très fin et très serré dont la longueur serait habituellement 6 à 9 μ ». Ses extrémités sont recourbées; les spires se caractérisent par leur finesse et la petitesse du pas. Généralement extracellulaire, il ne se meut que lentement. La coloration de Löffler permet de percevoir nettement des cils vibratils.

A partir du dix ou onzième jour, le séro-diagnostic de Martin et Pettit, peut déjà être positif. C'est incontestablement le procédé le plus fidèle. Il se fait en mettant du sérum du malade à des dilutions différentes, en présence d'une culture de spirochètes pathogènes de six à huit jours; après une heure d'étuve entre 15° et 18°, l'agglutination est visible soit à l'œil nu, soit à l'ultramicroscope. Une agglutination à 1/500 au moins peut être considérée comme positive, ce taux peut d'ailleurs aller jusqu'à 1/5.000.000. Le taux minimum de 1/500 est indispensable pour éviter les co-agglutinines pour le spirochète hebdomadis et automnalis A et B.

En dernier lieu, signalons l'intérêt que présente la réaction, des immunisines qui, d'apparition plus tardive, quinzième jour au moins, se prolonge pendant des mois, mêmes des années, ce qui fait dans certains cas un moyen de diagnostic rétrospectif.

PRONOSTIC

Le pronostic de ces formes pseudo-grippales est essentiellement bénin. On sait que dans toutes les formes de la spirochétose, il repose uniquement sur l'atteinte viscérale : atteinte rénale surtout, en France où l'atteinte hépatique allant jusqu'à l'ictère grave est exceptionnelle, alors qu'elle semble être beaucoup plus fréquente au Japon. Or nous voyons que cette atteinte viscérale est particulièrement discrète dans la forme pseudo-grippale; reins et foie ne sont pour ainsi dire qu'effleurés par la maladie. L'atteinte rénale se traduit par une azotémie peu élevée, l'albuminurie est rare. L'urobilinurie est pratiquement le seul signe de l'atteinte hépatique.

Tous les cas observés se sont terminés par la guérison. La durée de la maladie a été en général assez courte. La convalescence, relativement longue, se passe toujours sans incidents.

Etant donnée la bénignité de ce pronostic, la question du traitement ne se pose pas, d'autant plus qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun traitement spécifique de la spirochétose de Inada et Ido.

CONCLUSIONS

1. — Il existe une forme de spirochétose anictérique qui, en raison de ses analogies symptomatiques avec certaines formes nerveuses de l'influenza, a pu être désignée sous le nom de forme pseudo-grippale.

2. — Ces formes pseudo-grippales sont loin d'être exceptionnelles. Leur fréquence apparaîtra sans doute comme plus grande encore à mesure qu'elles seront mieux connues et que l'on pensera plus souvent à les rechercher.

3. — Leur étiologie se confond avec celle de la spirochétose ictérique. Elles sont souvent d'origine fluviale et particulièrement fréquentes en été, d'où le principe de se méfier des gripes d'été. Elles peuvent se montrer sporadiquement ou en milieu épidémique.

4. — Cliniquement, elles se traduisent par un début brutal, un état fébrile plus ou moins prolongé, avec possibilité de rechute pendant la convalescence, des arthralgies et des myalgies, une rougeur des conjonctives,

de l'herpès. Presque constamment, il existe un certain degré d'azotémie et de l'urobilinurie; ces deux derniers phénomènes pouvant cependant faire défaut.

5. — Certaines spirochétoses pseudo-grippales s'accompagnent d'une ébauche de syndrome méningé établissant un terme de passage entre elles et la spirochétose méningée; d'autres un léger subictère, les apparentant à la spirochétose ictérique classique.

6. — Le pronostic de ces formes pseudo-grippales est bénin en raison de la discrétion de l'atteinte rénale et hépatique.

7. — Le seul examen clinique de ces formes pseudo-grippales et la connaissance des circonstances étiologiques qui ont présidé à leur apparition permettent le plus souvent sinon d'en poser avec certitude le diagnostic, mais d'en soupçonner la nature et d'orienter dans le sens nécessaire les épreuves de laboratoire. Parmi celles-ci l'épreuve du séro-diagnostic de Louis Martin et Pettit est celle qui a le plus souvent fourni un résultat positif.

OBSERVATIONS

Observation I (inédite, communiquée par le Docteur Layani).

Le 17 août 1935, M. P. G..., âgé de 29 ans, chauffeur, le soir, est brusquement fatigué, il ressent des courbatures intenses. Sa température montre à 40°.

Le 18 août, il reste au lit.

Le 19 août, il reprend son travail, mais est obligé de s'interrompre à cause de l'intensité des douleurs.

Le 20 août au soir, il entre à l'hôpital Beaujon, sa température est alors à 40°6.

Le 21 août, la température est à 38°1, 38°5. Le pouls est à 112. La tension artérielle à 10/6. A l'examen on note : le faciès vultueux, les conjonctives injectées, un érythème léger sur le flanc gauche. Le malade se plaint de céphalée, de courbatures intenses dans les jambes et la région lombaire. Le pharynx est rouge, la langue saburrale.

La lucidité est parfaite, il n'y a pas de signes méningés.

Le foie, un peu gros, est dur et lisse; la rate percutable sur deux travers de doigts.

Les urines (1 litre) sont normales.

Les 22 et 23 août, la température reste entre 38° et 38°8

Le 24 août, la température est la même.

Un dosage de l'urée sanguine montre : 1 gr. 05.

La concentration de l'urée dans l'urine est de 35 pour 1000.

Urine = 1 litre 1/2.

Le 25 août, on pratique une inoculation de l'urine du malade au cobaye.

Cette inoculation restera négative.

Il n'y a pas de spirochète à l'examen direct.

Le 26 août, la température baisse à 37°4.

Urée sanguine = 0 gr. 37.

Le 29 août, la température est à 37°³.

Il n'y a pas de spirochète à l'examen direct des urines.

Les 30 et 31 août, la température est à 37°.

Le cycle a duré treize jours.

Le 31 août au soir, reprise d'un nouveau cycle fébrile par 37°⁸ pour monter à 38°⁸ le 4 septembre. Il n'y a pas de signes méningée, pas de subictère, mais de la céphalée.

Le 1^{er} septembre, ponction lombaire : liquide clair, albumine = 0 gr 56, éléments = 12, surtout lymphocytes.

Le séro-diagnostic pour la spirochétose sera négatif.

Le 4 septembre, numération sanguine :

G. R. = 4.340.000; G. B. = 10.300; Poly. neutro. = 78 %.

Le 5 septembre, l'urée sanguine est à 0 gr. 32.

Le séro-diagnostic pour la spirochétose est positif à 1 0/00.

Le 19 septembre, l'apyrexie est complète.

Le malade sort de l'hôpital.

Antécédents : on sait que le sujet avait pris de nombreux bains dans la Seine avant de tomber malade. Impossible de préciser la durée de l'incubation.

En résumé, un jeune homme présente une affection pseudo-grippale qui a duré un mois. Mais on note, dès son entrée à l'hôpital, des antécédents de baignades dans la Seine, une injection des conjonctives, des myalgies intenses, une urée sanguine à 1 gr. 05. Il y a une rechute fébrile au quatorzième jour de la maladie. Le séro-diagnostic est positif le dix-neuvième jour.

Observation II (inédite).

Le 29 septembre 1936, M. L..., âgé de 28 ans, casquettier, entre à l'hôpital Claude-Bernard pour scarlatine.

Depuis le 20 septembre, il ressentait une certaine fatigue, un état de malaise, de l'inappétence. Il avait une angine légère, quand :

Le 28 septembre, il fut pris brusquement de frissons, de fatigue intense, de malaises. La céphalée était très vive. Il eut quelques vomissements. La température était à 40°. L'appari-

tion d'un érythème scarlatiniforme provoque son entrée à l'hôpital.

Le 29 septembre, jour de son entrée à l'hôpital, la température est à 39°-40°. Le pouls est à 90, les respirations à 18, la tension artérielle à 10/6.

Le malade a un bon état général, mais se plaint d'une céphalée intense.

L'examen montre : un érythème scarlatiniforme sur la face, autour du cou, sur le dos. La langue est saburrale, il n'y a pas d'angine. Il existe un subictère conjonctival.

La rate est percutable et palpable.

Les urines foncées contiennent de l'urobiline.

Examen de sang :

G. R. = 4.950.000; G. B. = 7.200; Poly. neutro. = 79 %.

Notion de bains de rivière et d'étang.

Le 30 septembre, la température est au-dessus de 39°, la céphalée est toujours violente.

Le malade a une épistaxis. L'éruption est stationnaire.

Le 1^{er} octobre, la température est à 39°9-38°.

Le séro-diagnostic à l'Eberth sera négatif.

Urée sanguine = 0 g. 60.

Le 2 octobre, la température est à 38°6-38°4.

La céphalée s'atténue, l'éruption disparaît.

L'urée sanguine est à 0 g. 60.

Les jours suivants, la température tombe progressivement pour être définitivement à 37° le 5 octobre.

Le 9 octobre, urée sanguine = 0 g. 39.

Le 12 octobre, le séro-diagnostic pour la spirochétose est positif.

Le malade sort de l'hôpital.

Plusieurs inoculations d'urine au cobaye sont restées négatives.

En résumé, un jeune homme de 28 ans, entre à l'hôpital Claude-Bernard, pour une fièvre élevée avec érythème scarlatiniforme. La notion de bains de rivière et d'étang antérieurs, la constatation d'un subictère des conjonctives, une urée sanguine à 0 gr. 60, orientent le diagnostic vers la spirochétose; la confirmation en est donnée par le séro-diagnostic positif le vingt-deuxième jour.

Observation III. (A. Lemierre, 20 Juillet 1940, Paris Médical).

Le 1^{er} octobre 1936, M. K..., médecin, âgé de 41 ans, entre à l'hôpital Claude-Bernard, pour un épisode infectieux durant depuis sept jours.

Le début fut très brutal. Dans la nuit du 23 au 24 septembre, il fut réveillé à 3 heures du matin par un malaise intense, de l'agitation, du délire. La température était à 40°.

Les 24 et 25 septembre, la température oscille entre 39° et 40°, la céphalée est intense, la face congestionnée, les conjonctives injectées.

Le 26 septembre, la température est à 38°8-40°. Des myalgies et des arthralgies apparaissent dans les jambes, des fourmillements dans les mains. La céphalée est moins vive. Le malade a des sueurs abondantes, l'asthénie est marquée. Il y a insomnie et délire nocturne.

Une hémoculture pratiquée ce jour-là restera négative.

Du 27 au 30 septembre, même état fébrile.

Le 30 septembre au soir, on croit à une scarlatine. La température est à 39°5.

L'examen montre : un faciès rouge, une injection conjonctivale, un exanthème scarlatiniforme sur le cou et la face antérieure de la poitrine. Il y a de l'agitation, du subdélire. La langue saburrale est celle d'une typhoïde. Le pharynx est normal. Le pouls à 100 est irrégulier.

La rate percutable. Les urines normales.

Notion de bains de piscine tous les deux jours du 17 au 23 septembre.

Le 1^{er} octobre, le malade entre à l'hôpital Claude-Bernard. La température est à 38°1-38°7, le pouls à 100, les respirations à 16, la tension artérielle à 11-6.

L'examen montre une rougeur de la face, une injection conjonctivale, une rougeur du cou.

La rate est percutable sur un travers de main.

Les urines de coloration normale contiennent cependant de l'urobiline.

L'urée sanguine est à 1 g. 45.

Une hémoculture restera négative.

Numération sanguine :

G. R. = 3.800.000; G. B. = 16.400; Poly. neutro. = 87,5 %.

Le 2 octobre, la température est à 37°9-38°4.

Les urines (3 litres) sont de coloration orangée.

Le 4 octobre, la température est à $37^{\circ}9$ - $38^{\circ}1$. Urines = 3 litres.

Urée sanguine = 0 g. 69.

Les jours suivants, chute progressive de la température, oscillant entre 37° et $37^{\circ}5$, jusqu'au 11 octobre où elle est à 37° matin et soir.

Le cycle fébrile a durée 18 jours.

Mais la fatigue et l'anorexie persistent. Il y a quelques vomissements. Pourtant vers le 10, l'appétit reprend.

Urée sanguine : 9 octobre = 0 g. 44; 12 octobre = 0 g. 39.

Urines : environ 2 litres par 24 heures.

A partir du 12 octobre, se dessine une légère reprise thermique jusqu'à $37^{\circ}8$ vespéral. En même temps surviennent de nouveaux malaises, de la fatigue, de l'anorexie.

La température tombe à 37° le 18 octobre.

Le 19 octobre, le malade sort de l'hôpital.

De retour chez lui, après une période à 37° , il a une reprise de température vespérale à $37^{\circ}8$ - $37^{\circ}9$ pendant quelques jours avec arythmie, malaises cardiaques, inappétence.

Inoculations d'urines au cobaye :

3 octobre — 6 octobre — 8 octobre — 12 octobre —
14 octobre — 16 octobre — 19 octobre.

Le résultat fut toujours négatif.

Le 12 octobre, le séro-diagnostic pour la spirochétose fut positif.

En résumé, un homme de 41 ans, prend pendant plusieurs jours, des bains de piscine fréquents. Il présente une pyrexie intense avec injection des conjonctives, myalgies et arthralgies, éruption scarlatiniforme. Le septième jour de sa maladie il a une azotémie à 1 gr. 45. Le dix-huitième jour, il fait une rechute thermique de six jours. Sorti de l'hôpital au vingt-cinquième jour, il fait une nouvelle rechute thermique de quelques jours. Le séro-diagnostic pour la spirochétose est positif au dix-huitième jour.

Observation IV (inédite).

Le jeune C... Marcel, âgé de treize ans 1/2, entre le 8 septembre 1937, à l'hôpital Trousseau, dans le service du professeur Cathala.

Le début de sa maladie remonte à sept jours.

Le 1^{er} septembre, à son retour de vacances passées au bord de la Loire, où il s'est baigné, il se plaint de malaises, de céphalée légère, de courbatures des membres inférieurs. Sa température est alors à 40°.

L'état reste le même jusqu'au 5 septembre, date à laquelle l'enfant a une épistaxis.

Le lendemain, apparition d'une légère diarrhée.

Le 8 septembre, à son entrée à l'hôpital, la température est à 39°. L'enfant est fatigué, légèrement amaigri. La céphalée et les courbatures ont disparu.

A l'examen général on ne note rien d'anormal. Seule la rate est facilement palpable.

Les urines (1 litre) contiennent de l'urobiline.

Le 9 septembre, la température est à 38°7-38°8.

L'urée sanguine est à 0 g. 54 (l'enfant est resté à la diète lactée depuis le début de sa maladie).

Les urines ont un volume de 1 litre 3/4.

Numération sanguine :

G. R. = 4.030.000; G. B. = 8.700; Poly. neutro. = 89 %.

Le 10 septembre, température à 38°5-37°4.

Urine = 750 cm.³.

Le séro-diagnostic pour le T. A. B. est négatif.

Le 11 septembre, la température est 37° le matin, 38° le soir.

Du 11 au 14 septembre, la température reste aux environs de 37°5.

La rate n'est plus palpable.

L'urée sanguine le 13 septembre = 0 g. 32.

Le séro-diagnostic de la spirochétose est fortement positif.

Le 15 septembre, reprise de la fièvre à 38° sans autres symptômes.

Du 16 au 20 septembre, la température reste entre 38°4 et 38°6.

Les urines sont toujours abondantes = 1.750 cm.³.

Du 20 au 26 septembre, la température descend progressivement vers 37° pour y rester fixée définitivement jusqu'à la sortie de l'hôpital qui a lieu le 1^{er} octobre.

En résumé, il s'agit d'un enfant de 13 ans 1/2, qui, après son retour de vacances passées aux bords de la Loire fait une affection fébrile d'allure grippale. Mais, la notion de bains de rivière, l'existence de courbatures, l'azotémie à 0 gr. 54, une rechute thermique au quinzième jour orientent le diagnostic clinique. Un séro-diagnostic fortement positif le confirme.

Observation V (A. Lemierre, 20 Juillet 1940, Paris Médical).

Le 6 juin 1939, entre à l'hôpital Claude-Bernard un jeune homme de 18 ans. La veille brusquement, il a été pris de frissons, de malaises, de céphalée. Quelques courbatures sont apparues. La température s'est élevée à 39°5.

Dès l'entrée à l'hôpital, la température étant encore à 39°5, on pratique une hémoculture aérobie et anaérobie qui sera négative.

Le 7 juin, après une excellente nuit, la céphalée et les courbatures ont presque disparu, le faciès est reposé, la température est encore à 39°.

L'examen somatique est normal : le poul à 90, le tubé. digestif, les poumons, le système nerveux sont normaux. Il n'y a pas d'éruption cutanée, rien dans les urines.

L'urée sanguine est à 0 g. 35.

L'examen du sang montre : G. B. = 14.000; Poly Neutro. = 70 %.

Le 8 juin, la température commence à tomber, pour être à la normale le 12 juin, huitième jour de la maladie.

Le 18 juin, le malade sort de l'hôpital. Depuis ce temps, il est resté en parfaite santé.

Dès le premier jour, dans les antécédents, on nota, 8 jours avant le début de la maladie, une chute accidentelle dans la Seine.

Une inoculation du sang du malade au cobaye, pratiquée le jour de l'entrée, fut positive.

Le séro-diagnostic de la spirochétose, fait par Mlle Erber, a donné un résultat positif.

En résumé, un jeune homme de 18 ans entre à l'hôpital avec un tableau de grippe banale. Mais on note une chute accidentelle dans la Seine dans ses antécédents. Le séro-diagnostic est positif.

Observation VI (inédite).

Dans la matinée du 21 novembre 1941, M. B... Jean, âgé de 39 ans, boucher aux abattoirs de la Villette, est pris de malaises, vomissements répétés, de céphalée et courbatures. Il doit rentrer chez lui à midi. Il a alors 40°4.

Les jours suivants, la température oscille entre 39° et 40°. L'intolérance gastrique est absolue, la céphalée intense, les courbatures marquées. Il existe une certaine raideur vertébrale. Le malade est constipé; son amaigrissement est considérable.

Le 26 novembre, il entre à l'hôpital Claude-Bernard. Sa température est à 38°2, son poids à 55 kg. 900.

Le 27 novembre, la température est à 38°, le pouls à 76, la tension artérielle à 11-6.

L'examen montre : un herpès narinaire, une légère injection conjonctivale, une langue saburrale. La raideur de la nuque et le signe de Kernig existent mais sont peu marqués. Le reste de l'examen somatique ne révèle rien d'anormal.

Les urines (1/2 litre) contiennent de l'urobiline.

L'urée sanguine est à 0 g. 60.

Numération sanguine :

G. R. = 4.200.000; G. B. = 7 630; Poly. Neutro. = 50 %.

Du 28 novembre au 3 décembre, la température descend de 37°5 à 36°5 le matin et 37° le soir.

Les urines varient entre 750 cm.³ et 1 litre.

L'urée urinaire est entre 32 g. et 17 g.

Les chlorures passent de 1 g. 30 à 14 g.

Le poids monte de 54 kg. 700 à 57 kg. 800.

Les 3 et 4 décembre, la température est à 37°.

Les urines = 1.250 cm.³ à 1.750 cm.³.

L'urée urinaire = 22 g.

Le 5 décembre, la température est à 36°6, 37°3.

Urines = 1 litre. Urée urinaire = 18 g.

Le 9 décembre, la température est à 37°-37°2.

Urines = 3 litres.

Urée sanguine = 0 g. 30.

Le séro-diagnostic de la spirochétose est positif.

Le malade sort de l'hôpital le 11 décembre.

En résumé, un homme de 39 ans, boucher aux abattoirs, entre à l'hôpital pour une affection fébrile avec courbatures, céphalée intense. Mais on note une injection conjonctivale, un léger herpès, de la raideur de la nuque. L'urée sanguine est à 0 gr. 60. Le séro-diagnostic pour la spirochétose est positif le dix-huitième jour de la maladie.

Observation VII (inédite), communiquée par le Docteur Sorin.

A peine remis d'une angine à monocytes qui eut lieu en septembre et octobre 1941, M. D... André, âgé de 20 ans, tueur aux abattoirs de la Villette, tombe brusquement malade le 13 novembre 1941.

Il ressent un violent malaise avec courbatures.

L'examen ne révèle qu'une splénomégalie, reliquat de l'angine à monocytes. La température est à 40°3-40°4.

Du 14 au 16 novembre, la température est entre 39°5 et 40°5, le pouls aux environs de 92.

Le 17 novembre, la température tend à baisser : 38°6. Le pouls est à 84.

Une hémoculture pratiquée ce jour-là restera négative.

Le 18 novembre, la température est à 37°8-38°.

Le malade se plaint de céphalée. Il existe une raideur de la nuque. Il y a plusieurs vomissements dans la journée.

Le 19 novembre, la température est à 37°-37°4.

Le 20 novembre, la température est à 37°6-38°2.

Du 21 novembre au 1^{er} décembre, la température varie entre 37° le matin et 37°5 le soir.

Le 2 décembre, survient une rechute fébrile à 38°, ne s'accompagnant d'aucun signe particulier.

Les 3 et 4 décembre, la température est entre 38°5 et 39°2.

Le 5 décembre, commence la chute de la température qui reste en dessous de 39° et descend progressivement pour atteindre le 9 décembre le matin 37°4, le soir 38°.

Du 10 au 18 décembre, la température est de 37° le matin, 37°6-38° le soir.

Le 17 décembre, le malade ayant déclaré qu'il travaillait avec M. B... (observation VI) aux abattoirs et que B... était soigné à l'hôpital Claude-Bernard pour spirochétose, on fait un séro-diagnostic de la spirochétose à Pasteur. Celui-ci est positif.

Du 18 au 23 décembre, la température est le matin à 36°8, le soir 37°5.

A partir du 24 décembre, la température se fixe définitivement autour de 37°.

En résumé, un jeune homme de 20 ans, tueur aux abattoirs, présente une pyrexie élevée, avec céphalée et raideur de la nuque, d'allure grippale. Mais l'apparition d'une rechute fébrile au dix-neuvième jour et la notion d'une spirochétose en évolution chez un compagnon de travail, fait pratiquer un séro-diagnostic qui s'avère positif.

Vu : le Doyen
BAUDOUIN.

Vu : Le Président de Thèse
CATHALA.

Vu et permis d'imprimer ;
le Recteur de l'Académie de Paris
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- M. BLOCH et P. HEBERT. — Myalgies généralisées simulant une méningite aiguë. Spirochétose anictérique (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1917, p. 75).
- R. BOULIN. — De quelques formes nouvelles de Spirochétose ictérique (Annales de Clinique et Pharmacodynamie, octobre 1936, p. 13).
- A. CAIN, R. CATTAN et A. BENSAUDE. — Trois cas de spirochétose ictéro-hémorragique atypiques (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 8 novembre 1935, p. 1469).
- J. CAROLI. — Un cas d'azotémie fébrile spirochétosique (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 8 nov. 1935, p. 1513).
- J. DEVE. — Quatre nouveaux cas de spirochétose d'origine fluviatile (Normandie Médicale, mai 1934, p. 135).
- M. GARNIER et J. REILLY. — Spirochétose ictérique avec rash scarlatiniforme préictérique (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 26 sept. 1919, p. 1128).
- M. GARNIER et J. REILLY. — Les spirochétoses (Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique, Tome X, p. 417).
- R. KOURILSKY et H. MAMOU. — Les formes pseudo-grippales de la spirochétose anictérique (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 8 nov. 1935, p. 1514).
- A. LEMIERRE et R. LAPLANE. — Sur un cas de spirochétose anictérique (Gazette des Hôpitaux, 4 juillet 1934, n° 53).
- A. LEMIERRE. — Sur un cas de spirochétose anictérique (Maladies Infectieuses, Tome II, p. 72).
- A. LEMIERRE. — Les formes camouflées de la spirochétose ictérique (Paris Médical, juillet 1940, n° 29 et n° 30).
- J. MARIE. — La méningite spirochétosique et les formes frustes de la spirochétose chez l'enfant (Semaine des Hôpitaux de Paris, 15 février 1936).

- R. MERKLEN et H. GOUNNELLE. — Sur l'existence des néphrites aiguës à spirochètes (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1933, p. 1582).
- J. MONGES et J. OLMER. — La spirochétose ictéro-hémorragique. Epidémiologie et formes ictériques (Congrès Français de Médecine 1938).
- S. de SEZE. — La spirochétose ictéro-hémorragique. Formes atypiques. Complications rares (Revue Médicale Française, 1936, n° 5).
- J. TROISIER et M. BARIETY. — La spirochétose ictéro-hémorragique : les leptospiroses anictériques (Congrès Français de Médecine 1938).
- J. TROISIER, M. BARIETY et CL. MACREZ. — Spirochétose ictéro-hémorragique fébrile pure (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 8 nov. 1935, p. 1465).

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS ET D'IMPRIMERIES

J. Peyronnet et Cie, Éditeurs

7, Rue de Valois, Paris

